



Número: **0801112-74.2020.8.15.0131**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Cajazeiras**

Última distribuição : **23/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.370,79**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO (AUTOR)	JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34593 367	22/09/2020 11:20	Contestação	Contestação
34593 374	22/09/2020 11:20	2750401_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos
34593 376	22/09/2020 11:20	2750401_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200248800000033075489>
Número do documento: 20092211200248800000033075489

Num. 34593367 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO**

Nº Sinistro: **3180570550**
Vítima: **JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO**
Data do Acidente: **25/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180570550**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

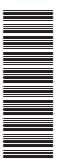
Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13682024

00020126






Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180570550 Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 25/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01/37/0138 - carta_02 - INVALIDEZ



00050569

Carta nº 13700110



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200414100000033075496>
Número do documento: 20092211200414100000033075496

Num. 34593374 - Pág. 2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

981343.534-87

Joac Paulo dos Santos Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Joac Paulo dos Santos Filho

Profissão: Operador teatil Endereço: Rua Tenente Barbosa

Bairro: multi-ras Cidade: Lapaçaras

E-mail: Veraselpvatac@hotmail.com

CPF: 981.343.534-87

Número: 5 N Complemento:

Estado: Paraíba CEP: 58900-000

Tel.(DDD): (83) 95813-1266

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL: RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 040 CONTA: 062542 6

(Informar o dígito se maior) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da quem assina A RODO: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

30 OUT. 2018
DOCUMENTO ORIGINAL

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N°0490/2018 - DPVAT

Natureza da ocorrência: SINISTRO DE TRÂNSITO.

Data do fato: 25.07.2018, Horário: 07h30min, aproximadamente.

Data de notícia do fato a Depol: 27.07.2018

SOB RESPONSABILIDADE DA DEL. POL. FRANCISCO VIEIRA DOS SANTOS FILHO.

DECLARANTE: FRANCISCA CRISTINA LEANDRO MORAES, natural de Cajazeiras/PB, com 42 anos de idade, nascido(a) em 17.02.1976, em união estável, auxiliar de serviços, CPF: 036.541.874-98, filho de José André de Moraes e de Juracy Leandro de Moraes, residente à Rua Ten. Barboza, 548, Mutirão, Cajazeiras/PB, telefone: .

VÍTIMA: JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO, natural de Cajazeiras/PB, com 44 anos de idade, nascido(a) em 12.06.1974, em união estável, operador têxtil, CPF: 981.343.534-87, filho de João Paulo dos Santos e de Maria de Lourdes Eduardo, residente à Rua Ten. Barboza, 548, Mutirão, Cajazeiras/PB, telefone:

HISTÓRICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia e horário a cima descritos a vítima, JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO, guiava o veículo YAMAHA/YBR FACTOR E, ano/modelo 2014/2015, preta, placa: QFQ-1280/PB, CHASSI: 9C6KE1930F0012755, matriculado em nome de PAULA FRANCINETE DOS SANTOS; QUE trafegavam no Centro de Cajazeiras/PB, quando passava nos fundos da FAFIC se deparou com uma carroça do tipo charrete, vindo a colidir na mesma, caindo ao chão; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU e levada para o Hospital Regional de Cajazeiras, onde recebeu atendimento, sofrendo fratura na clavícula e diversas escoriações, além de amputação um dedo da mão esquerda; QUE consequências físicas do acidente constam nas fichas de atendimento médico-hospitalares anexas; QUE em virtude deste fato a declarante, companheira da vítima, veio a esta delegacia registrar ocorrência e pedir certidão para fins de seguro DPVAT.

Cajazeiras-PB, 27 de julho de 2018.

Francisca Cristina Leandro de Moraes

Notificante

Testemunha Arrogada

POLEGAR
DIREITO

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Joabson Lins dos Santos
Mat. 181.946-1

Joabson L. dos Santos
Agente Policia Civil
Mat. 181.946-1

30 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

981343.534-87 José Paulo dos Santos Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: José Paulo dos Santos Filho CPF: 981.343.534-87

Profissão: Operador teatral Endereço: Rua Tenente Barbosa Número: 51 Complemento:

Bairro: multi-ras Cidade: Lapaçaras Estado: Paraíba CEP: 58900-000

E-mail: Veraselpvatac@hotmail.com Tel.(DDD): (83) 95813-1266

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL: RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 040 CONTA: 062542 6 (Informar o dígito se maior) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Evelyn Araújo Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Evelyn Araújo Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver): José Evelyn Araújo Lima

Assinatura do Procurador (se houver): José Evelyn Araújo Lima

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

30 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

30 OUT. 2018

SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

PREFEITURA DE
CAJAZEIRAS
O Futuro se faz agora

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 25-07-18	HORA	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE / USUÁRIO Jair Paulo dos Sintos	USA _____	/ USB _____	01
LOCAL DA OCORRÊNCIA For trás da igreja		BAIRRO		IDADE 44	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	
APOIO NO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS		<input type="checkbox"/> RLSGATE / PRF <input type="checkbox"/> CIPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO		MÉDICO REGULADOR Rodolfo		
QTA. <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS		<input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO		<input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO		<input type="checkbox"/> OUTRO

TIPO DE AGRADO

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIATRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/ SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> Queda METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F (PAF)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO **HRC**

RESPONSÁVEL

FUNÇÃO

30 OUT. 2018

MOTIVO DE TRANSPORTE

 APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE OUTRO TRANSPARÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL:

RESPONSÁVEL

FUNÇÃO

30 OUT. 2018

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:
SRL + Tramal

DADOS VITAIS

VVAA: LIVRE OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO: >30lpm <30lpm/PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mm Hg <90mm Hg
PA: **146x110** FC: **96** TEMP: **36** °C - GLICEMIA: **16** mg/dL - E. Cori a: **SpO2s/02 94** So2c/02

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:
 Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação Verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada Débito Cardíaca Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVAAs Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipotermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusion Tissular Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termoregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Percepção Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente orientado verbalizando intenção de metro + caneca
 Es membro estavas de metro de capacete. Recurso de 110 ambulâncias apresentando postura exposta no deão da mão esquerda. Foi realizada ligação conduta médica e remessa.



VÍAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> RESP RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL	EXPANSIBILIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR MURMURIOS VÉSICULARES: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ	PULSO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE PERFUSÃO: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDADA <input type="checkbox"/> AUSENTE	CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCOSCENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÉNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA
<input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL			PUPILAS: <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MEDRASSE <input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNÉIA <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNÉIA			

E.C.G.

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VARGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

- DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL CÁNULA OROFAINGEA CRICOTIREIDOSTOMIA
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") RESPIRADOR INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDIACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 PUNÇÃO VENOSA SONDA GÁSTRICA SONDA VÉRICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS/TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS: _____

INTERVENÇÕES:

30 OUT. 2018

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

- LIBERADO APÓS ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LÓCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

- DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRAS (CEBEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): *deuvalma* COREN: *0111060* MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: *rodolfo* COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: *lacinton* MAT: _____



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000062542-6

Nr. da Autenticação 23B4EFA2243D5C29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200414100000033075496>
Número do documento: 20092211200414100000033075496

Num. 34593374 - Pág. 8

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jacuipibe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
70701555
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUL/2018

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO
RUA TEN BARBOSA, S/N - MULTIRAO CAJAZEIRAS PB
58900- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
108.009.405.0049.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A12N127130	03/07/2013	EXT LACK	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
414	421	7	29	10/08/2018
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.			
JUN/2018	8	0	PARAMETROS	EXIG. ANALIS. CONFORMES
MAI/2018	8	0	TURBIDEZ	61 61 60
ABR/2018	7	0	CLORO	61 61 61
MAR/2018	6	0	COL.TERMOT	0 0 0
FEV/2018	7	0	COR	10 61 59
JAN/2018	8	0	COL.TOTAIS	61 61 61
MÉDIA(M)	7		DADOS REFERENTES A: MAI/2018	

DATA DA IMPRESSÃO: 11/07/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 14:32:58
DESCRICAÇÃO	CONSUMO TOTAL(R\$)
ÁGUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3 37,91
ESGOTO	
ACRESCIMO(S) MES(CES) ANT. 04/2018 05/2018	1,52
JUROS DE MORA 04/2018 05/2018	0,99

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PTS E CONFINS.LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 26/07/2018	Total a Pagar: R\$ 40,42
------------------------	--------------------------

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO" DECLARAMOS NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70701555	JUL/2018	26/07/2018	R\$ 40,42

82670000000 1 40420010106 1 07070155501 6 07201850003 2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vanessa Evelyn Araújo Ferreira

RG nº 20087721400, data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP-CE,

CPF nº 074.430.873-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Rodo Valho de Alencar</u>
Número	<u>339</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Caparaó</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-1266 / 99415-5835</u>
E-mail	<u>verasdpriatx@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caparaó - PB 04/10/2018

Assinatura do Declarante: Vanessa Evelyn Araújo Ferreira

30 OUT. 2018



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Novo: para sempre pagamento na conta fiscalizada da energisa número



DADOS DO CLIENTE

MANOEL VIEIRA DA SILVA
RUA JOSE RODRIGUES DE ALENCAR 339
CAJAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

REFERÊNCIA

SET/2018

APRESENTAÇÃO

14/09/2018

CONSUMO

99

VENCIMENTO

21/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,65

Acesse: www.energisa.com.br



MANOEL VIEIRA DA SILVA

Rolalio: 08-212-140-4720
83600000000-7 92650054000-6 00806912018-9 09000212019-5



VENCIMENTO: **21/09/2018** TOTAL A PAGAR: **R\$ 92,65** MATRÍCULA: **80691-2018-09-0**

30 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200414100000033075496>
Número do documento: 20092211200414100000033075496

Num. 34593374 - Pág. 11

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Barbara Evelyn Araujo Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Paulo dos Santos Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 981 343 534 / 87, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima João Paulo dos Santos Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 981 343 534 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua José Radovatto de Alencar	Número	331
Bairro	Centro	Estado	Paraná
Email	barbaradpavata@gmail.com	CEP	58900-000
	Cidade	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
	Lapazinas	(83) 998131266	931

Lapazinas-PB 29 de outubro de 2018
Local e Data

Barbara Evelyn Araujo Ferreira
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Paula Francinete dos Santos,
portador do RG: 3.767.545, data de expedição 12/06/1997,
órgão expedidor SSP / PB, CPF: 031.191.218-641-916,
com domicílio na cidade de Lagoa das Flores, no estado de Paraíba,
onde resido na Rua Ten. Barbosa,
número sn, complemento Multirias.

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima, João Paulo dos Santos Filho,
cujo condutor era João Paulo dos Santos Filho.

VEÍCULO: PPS / MOTOCICLE

ANO: 2014

MODELO: YAMAHA / YBR 125 FACTOR 2015

PLACAS: QFQ 1280-PB

CHASSI: 9C6KE1930F0012755

DATA DO ACIDENTE: 25/07/2018

CARTEIRA DE 1º OFÍCIO "DIMAS ANDRIOLA"	
RECONHECER (POR AUTENTICIDADE) A FIRMA DE: PAULA FRANCINETE DOS SANTOS (012059), EM TESTE, DOU-BG, CATAZERIAS - PB, 09/10/2018.	
SELO DIGITAL DA RECONHECIMENTO NORMAL BANCO DA BRASIL Compro os dados do ato em http://www.judicialpb.jus.br EMOLUM. R\$ 11,39 FAPEN. R\$ 0,28 FEE. R\$ 0,27	
 SUELIO MOREIRA TORRES ESCREVENTE AUTORIZADA	 JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO



Paula Francinete dos Santos

Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

João Paulo dos Santos Filho
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018





30 OUT. 2018



DETRAN-PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB	Nº 011119872132		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	PRT 20140600029313-2		
1	0103262004-5	00/00000000	2014
PAULA FRANCINETE DOS SANTOS			
03191286446		QFQ1280/PB	
NOVO PB 9C6KE1930F0012755		PLACA ANTO	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTÍVEL	
YAMAHA/YBR125 FACTOR E		2014	2015
2 P/124 /CI		CATEGORIA	
IPVA PAGO EM 23/12/2014		COR PREDOMINANTE	
***** 0		PRET	
COTA UNICA		VENG/COTAS	
*****		1 ^a	
*****		2 ^a	
*****		3 ^a	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		DETRAN (R\$)	
*****		*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****		*****	
SEGURADO		PAGAMENTO	
PAGO		PAGO	
23/12/2014		23/12/2014	
A.F YAMAHA ADM.DE CONSORCIO LTDA			
CAJAZEIRAS-PB		15628	
15628		29/12/2014	
15628		15628	
			

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PBNº 011119872132 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NOSSAS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA. www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 922 1204

2014 29/12/2014

1	03191286446	0FQ1280/PB
01032620045	YAMAHA/YBR125 FACTOR E	9C6KE1930F0012755
PRÉMIO TARIFÁRIO		
*****	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOTAL DO PREÇO PAGO PAGO
*****		PAGO
SEGURADO		PAGAMENTO
PAGO		DATA DE PAGAMENTO
PAGO		23/12/2014
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 06.240.888/0001-04		
www.seguradoralider.com.br		
15628-1715255-20141229		

SST-2013

30 OUT. 2018

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180570550**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R TEN BARBOSA, S/N - MULTIRAO - Cajazeiras - PB - CEP 58900-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1767404**

Data e local do acidente: [**25/07/2018**] **CAJAZEIRAS PB**

Data e local do exame: [**20/12/2018**] **Cajazeiras [PB]**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO MAIS AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, ATROFIA MUSCULAR MODERADA DO MANGUITO ROTADOR, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II. AO EXAME DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO: APRESENTA INEXISTÊNCIA DO 3º DEDO A NÍVEL DE FALANGE MEDIAL.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 25/07/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO MAIS AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA A NÍVEL DE TERÇO MÉDIO, TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO PINÇA DE CONFEITEIRO POR 60 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30° DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II ATROFIA MUSCULAR DO MANGUITO ROTADOR DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10° DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II. INEXISTÊNCIA DO 3º DEDO A NÍVEL DE FALANGE MEDIAL.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando



a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

Tiago Martins Formiga

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180570550 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 25/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO
AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA INTERNA EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II. AO EXAME DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO: APRESENTA INEXISTÊNCIA DO 3º DEDO A NÍVEL DE FALANGE MEDIAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 25/07/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO MAIS AMPUTAÇÃO DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA A NÍVEL DE TERÇO MÉDIO, TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO PINÇA DE CONFEITEIRO POR 60 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Amputação do 3º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional moderada do ombro esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em redução anatômica grave do 3 QDE.
Indenização em grau médio do ombro devido à limitação da mobilidade articular.
Quadros estabelecidos conforme parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Cajazeiras.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200414100000033075496>
Número do documento: 20092211200414100000033075496

Num. 34593374 - Pág. 18

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200414100000033075496>
Número do documento: 20092211200414100000033075496

Num. 34593374 - Pág. 19

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João Paulo dos Santos Filho
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado
Identidade: 3767404
CPF: 981.343.534-87
Profissão: operador têxtil
Endereço: Rua Tenente Barbosa, 50, Nultimo, Capoeiras-PB

OUTORGADO:

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 2008772140-0
CPF: 074.430.873-90
Profissão: AUTONOMA
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA, CENTRO,
CAJAZEIRAS- PB.



Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, dando-lhe poderes específicos para retiradas de cópias de prontuários e toda e qualquer documentação hospitalar, Samu ou Corpo de Bombeiros ou qualquer outro órgão socorrista. Incluído receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório – DPVAT para a vítima:

João Paulo dos Santos Filho.
Cajazeiras, 09 de outubro de 2018.

João Paulo dos Santos Filho.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396447/18

Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

CPF: 981.343.534-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/07/2018

Titular do CPF: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA : 074.430.873-90

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO : 981.343.534-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/10/2018
Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
CPF: 074.430.873-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200414100000033075496>
Número do documento: 20092211200414100000033075496

Num. 34593374 - Pág. 21

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 220,49

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000062542-6

Nr. da Autenticação CD39084B4F1186E4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>
Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO**

Nº Sinistro: **3180510445**
Vitima: **JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO**
Data do Acidente: **25/07/2018**
Cobertura: **DAMS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180510445**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13542040



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Carta nº: 13599908

A/C: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Nº Sinistro: 3180510445
Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO
Data do Acidente: 25/07/2018
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Valor: R\$ 220,49

Banco: 104

Agência: 0000040

Conta: 0000062542-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

981343.534-87 José Paulo dos Santos Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: José Paulo dos Santos Filho CPF: 981.343.534-87

Profissão: Operador teatral Endereço: Rua Tenente Barbosa Número: 51 Complemento:

Bairro: multi-ras Cidade: Lapaçaras Estado: Paraíba CEP: 58900-000

E-mail: Veraselpvatac@hotmail.com Tel.(DDD): (83) 95813-1266

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL: RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 040

CONTA: 062542

6

(Informar o dígito se maior)

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Lapaçaras - PB 29/10/2018.
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

30 OUT. 2018
DOCUMENTO ORIGINAL

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N°0490/2018 - DPVAT

Natureza da ocorrência: SINISTRO DE TRÂNSITO.

Data do fato: 25.07.2018, Horário: 07h30min, aproximadamente.

Data de notícia do fato a Depol: 27.07.2018

SOB RESPONSABILIDADE DA DEL. POL. FRANCISCO VIEIRA DOS SANTOS FILHO.

DECLARANTE: FRANCISCA CRISTINA LEANDRO MORAES, natural de Cajazeiras/PB, com 42 anos de idade, nascido(a) em 17.02.1976, em união estável, auxiliar de serviços, CPF: 036.541.874-98, filho de José André de Moraes e de Juracy Leandro de Moraes, residente à Rua Ten. Barboza, 548, Mutirão, Cajazeiras/PB, telefone: .

VÍTIMA: JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO, natural de Cajazeiras/PB, com 44 anos de idade, nascido(a) em 12.06.1974, em união estável, operador têxtil, CPF: 981.343.534-87, filho de João Paulo dos Santos e de Maria de Lourdes Eduardo, residente à Rua Ten. Barboza, 548, Mutirão, Cajazeiras/PB, telefone:

HISTÓRICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia e horário a cima descritos a vítima, JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO, guiava o veículo YAMAHA/YBR FACTOR E, ano/modelo 2014/2015, preta, placa: QFQ-1280/PB, CHASSI: 9C6KE1930F0012755, matriculado em nome de PAULA FRANCINETE DOS SANTOS; QUE trafegavam no Centro de Cajazeiras/PB, quando passava nos fundos da FAFIC se deparou com uma carroça do tipo charrete, vindo a colidir na mesma, caindo ao chão; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU e levada para o Hospital Regional de Cajazeiras, onde recebeu atendimento, sofrendo fratura na clavícula e diversas escoriações, além de amputação um dedo da mão esquerda; QUE consequências físicas do acidente constam nas fichas de atendimento médico-hospitalares anexas; QUE em virtude deste fato a declarante, companheira da vítima, veio a esta delegacia registrar ocorrência e pedir certidão para fins de seguro DPVAT.

Cajazeiras-PB, 27 de julho de 2018.

Francisca Cristina Leandro de Moraes

Notificante

Testemunha Arrogada

POLEGAR
DIREITO

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Joabson Lins dos Santos
Mat. 181.946-1

Joabson L. dos Santos
Agente Policia Civil
Mat. 181.946-1

30 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



30 OUT. 2018

SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

PREFEITURA DE
CAJAZEIRAS
O Futuro se faz agora

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 25-07-18	HORA	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE / USUÁRIO Jair Paulo dos Sintos	USA _____	/ USB _____	01
LOCAL DA OCORRÊNCIA For trás da igreja		BAIRRO		IDADE 44	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	
APOIO NO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS		<input type="checkbox"/> RLSGATE / PRF <input type="checkbox"/> CIPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO		MÉDICO REGULADOR Rodolfo		
QTA. <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS		<input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO		<input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO		<input type="checkbox"/> OUTRO

TIPO DE AGRADO

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/ SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F (PAF)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO **HRC**

RESPONSÁVEL

FUNÇÃO

MOTIVO DE TRANSPORTE

 APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE OUTRO TRANSPARÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL:

RESPONSÁVEL

FUNÇÃO

30 OUT. 2018

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

SRL + Tramal

DADOS VITAIS

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO >30lpm <30lpm/PULSO RADIAL Presente Ausente / PAS: >90mm Hg <90mm Hg
 PA: **146x 110** FC: **96** TEMP: **36** °C - GLICEMIA: **16** mg/dL - E. Cori a: **SpO2s/02 94** So2c/02

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação Verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVA Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipotermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusion Tissular Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termoregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Percepção Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente orientado verbalizando intenção de metro + caneca
Es membro estava de metro de cintura. Recurso de 10 cm de altura e apreço
apresentando postura ereta no degrau da escada esquerda. Foi realizada
ligação conduta médica e remessa.



VÍAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> RESP RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNÉIA <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNÉIA	EXPANSIRILIDADE <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR MURMURIOS VÉSICULARES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ	PULSO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE PERFUSÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDADA <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCOSCENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÉNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA	<input type="checkbox"/> RINORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E PUPILAS <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MEDRASSE <input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E

E.C.G.

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VARGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

- DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL CÁNULA OROFAINGEA CRICOTIREIDOSTOMIA
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") RESPIRADOR INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDIACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 PUNÇÃO VENOSA SONDA GÁSTRICA SONDA VÉRICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS/TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS: _____

INTERVENÇÕES:

30 OUT. 2018

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

- LIBERADO APÓS ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LÓCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

- DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRAS (CEBEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): deuvinha COREN: 0111060 MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: rodolfo COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: lacinton 1 MAT: _____



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jacuipibe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
70701555
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUL/2018

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO
RUA TEN BARBOSA, S/N - MULTIRAO CAJAZEIRAS PB
58900- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
108.009.405.0049.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A12N127130	03/07/2013	EXT LACK	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
414	421	7	29	10/08/2018
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	I	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.		
JUN/2018	8	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
MAI/2018	8	0	TURBIDEZ	61 61 60
ABR/2018	7	0	CLORO	61 61 61
MAR/2018	6	0	COL.TERMOT	0 0 0
FEV/2018	7	0	COR	10 61 59
JAN/2018	8	0	COL.TOTAIS	61 61 61
MÉDIA(M)	7		DADOS REFERENTES A: MAI/2018	

DATA DA IMPRESSÃO: 11/07/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 14:32:58
DESCRICAÇÃO	CONSUMO TOTAL(R\$)
AQUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3 37,91
ESGOTO	
ACRESCIMO(S) MES(CES) ANT. 04/2018 05/2018	1,52
JUROS DE MORA 04/2018 05/2018	0,99

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PTS E CONFINS.LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 26/07/2018 Total a Pagar: R\$ 40,42

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO" DECLARAMOS NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70701555	JUL/2018	26/07/2018	R\$ 40,42

82670000000 1 40420010108 1 07070155501 6 07201850003 2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vanessa Evelyn Araújo Ferreira

RG nº 20087721400, data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP-CE,

CPF nº 074.430.873-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Rodo Valho de Alencar</u>
Número	<u>339</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Caparaó</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-1266 / 99415-5835</u>
E-mail	<u>verasdpriatx@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caparaó - PB 04/10/2018

Assinatura do Declarante: Vanessa Evelyn Araújo Ferreira

30 OUT. 2018



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Novo: para sempre pagamento na conta fiscalizada da energisa número N° 012.340.583



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 239, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 6091-40 Insc. Est. 16.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

MANOEL VIEIRA DA SILVA
RUA JOSE RODRIGUES DE ALENCAR 339
CAJAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

SET/2018

14/09/2018

99

21/09/2018

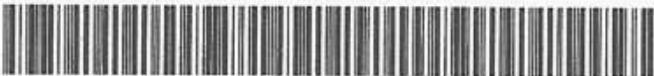
R\$ 92,65

Acesse: www.energisa.com.br



MANOEL VIEIRA DA SILVA

Rotelro: 08-212-140-4720
83600000000-7 92650054000-6 00806912018-9 09000212019-5



VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA

21/09/2018

R\$ 92,65

80691-2018-09-0

30 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>
Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 10

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Barbara Evelyn Araujo Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Paulo dos Santos Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 981 343 534 / 87, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima João Paulo dos Santos Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 981 343 534 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua José Radovatto de Alencar	Número	331
Bairro	Centro	Estado	Paraná
Email	barbaradpavata@gmail.com	CEP	58900-000
	Cidade	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
	Lapazinas	(83) 998131266	931

Lapazinas-PB 29 de outubro de 2018
Local e Data

Barbara Evelyn Araujo Ferreira
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Paula Francinete dos Santos,
portador do RG: 3.767.545, data de expedição 12/06/1997,
órgão expedidor SSP / PB, CPF: 031.191.218-641-916,
com domicílio na cidade de Lagoa das Flores, no estado de Paraíba,
onde resido na Rua Ten. Barbosa,
número sn, complemento Multimarcas.

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima, João Paulo dos Santos Filho,
cujo condutor era João Paulo dos Santos Filho.

VEÍCULO: PPS / MOTOCICLETA

ANO: 2014

MODELO: YAMAHA / YBR 125 FACTOR 2015

PLACAS: QFQ 1280 - PB

CHASSI: 9C6KE1930F0012755

DATA DO ACIDENTE: 25/07/2018

CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DAMAS ANDRIOLA"

RECONHECER (POR AUTENTICIDADE) A FIRMA DE: PAULA FRANCINETE DOS SANTOS (012059), EM TESTE, DOUTOR BENTO CAJAZEIRAS - PB, 09/10/2018.

RENELEIA DA ROCHA MOREIRA
Selo Digital da Recife e Pólo Nordeste - DRN - DRN
Confira os dados do ato em <http://www.judicialpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 11,39 FAPEN. R\$ 0,28 FEPJ. R\$ 2,27

RENELEIA DA ROCHA MOREIRA
RENELEIA DA ROCHA MOREIRA
ESCREVENTE
AUTORIZADA

Local e Data
Lagoa das Flores - PB 09/10/2018

Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018



Roberto Tramme Tolayet

Assist. em Defesa
Instit. de 3000.
Salvo regularização
de 1000 Reais
Grau de menor proteção
Espec. das mis

Int: Vinte e oito


Roberto Tramme Tolayet
Assist. em Defesa
Instit. de 3000.
Salvo regularização
de 1000 Reais
Grau de menor proteção
Espec. das mis


Roberto Tramme Tolayet

30 OUT. 2018



Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

20180808-507

M 6/12/1974

1

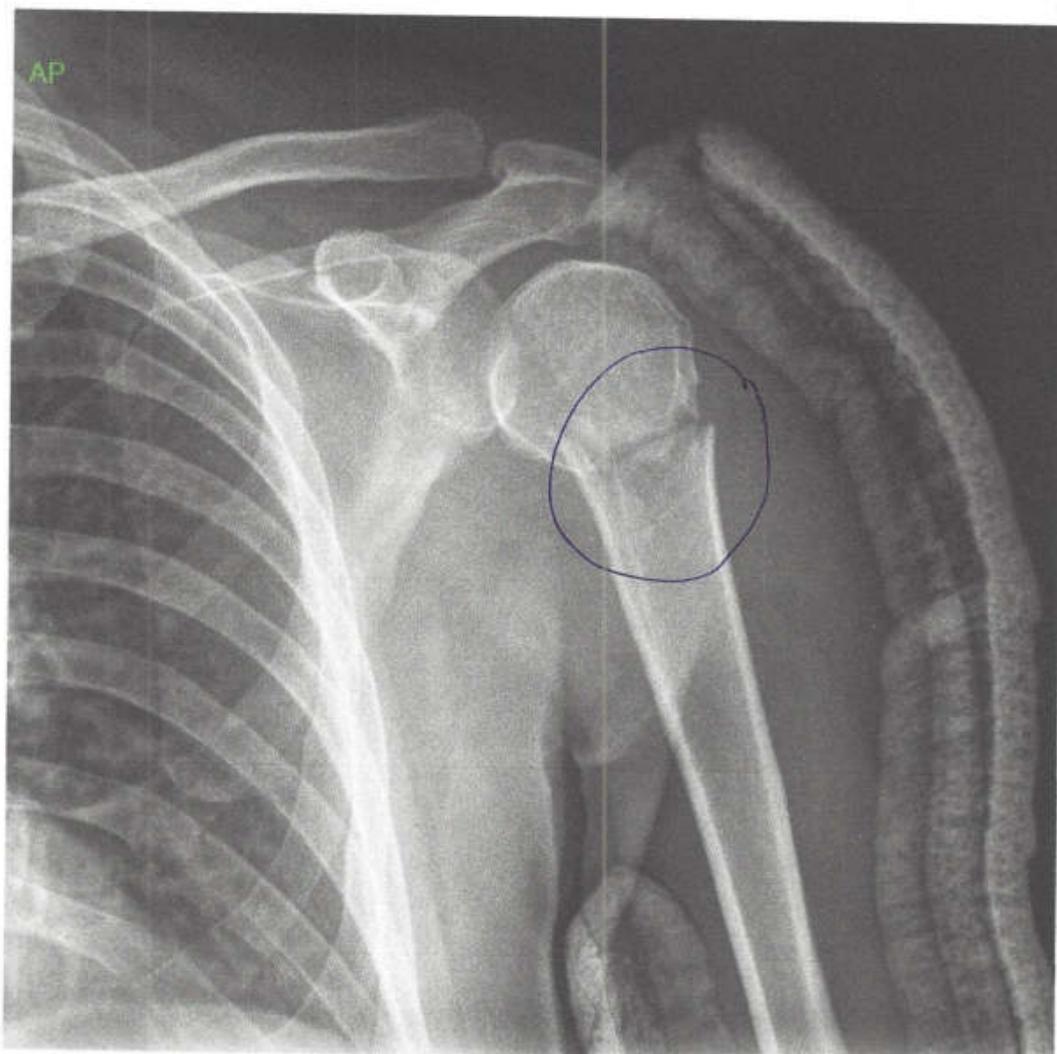
Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1 g:1.37 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5 ba...

Zoom 100%

3 a OUT 2018



5x0 mm

9:25 AM
8/8/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>
Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 16

Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20180725-975

M 6/12/1974

1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:0.55 g:2.02 sb:4.95 eq:1 nr:0 dc:3 ...

Zoom 100%

30001.2008



SID mm

10:03 AM
7/25/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>
Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 17

Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20180725-075

M 6/12/1974

1

Hospital Regional de Cajazeiras

RV, - mAs

UNIQUE: S200 L4.0 FB d:0.83 g:2.25 s:0.412 eq:1 n:0 de:3.2

Zoom 100%



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>
Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 18

Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20180725-975

M 6/12/1974

1

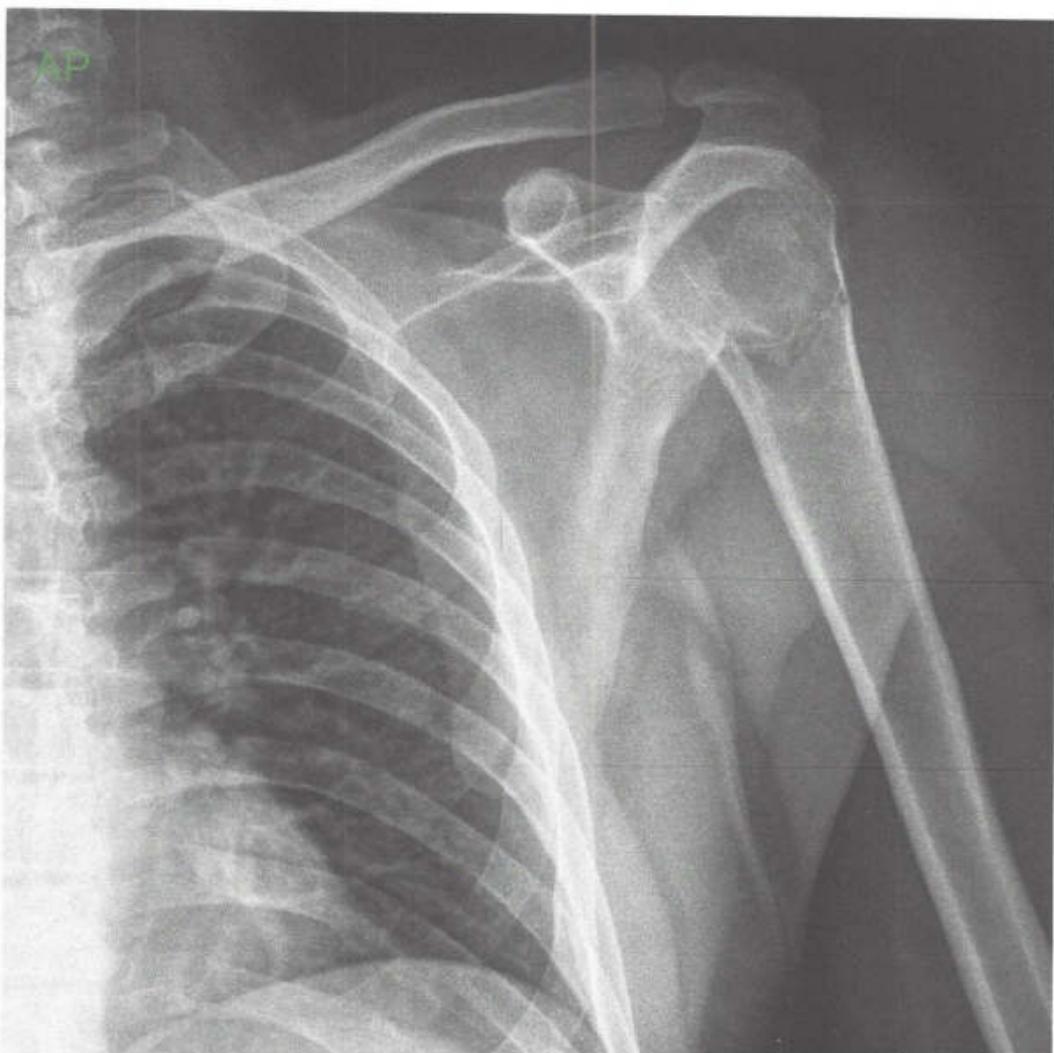
Hospital Regional de Cajazeiras

- KV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1 g:1.37 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5 ba:...

Zoom 100%

800 100 200



SID mm

10:07 AM
7/25/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>
Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 19

Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20100725-975

M 6/12/1974

1

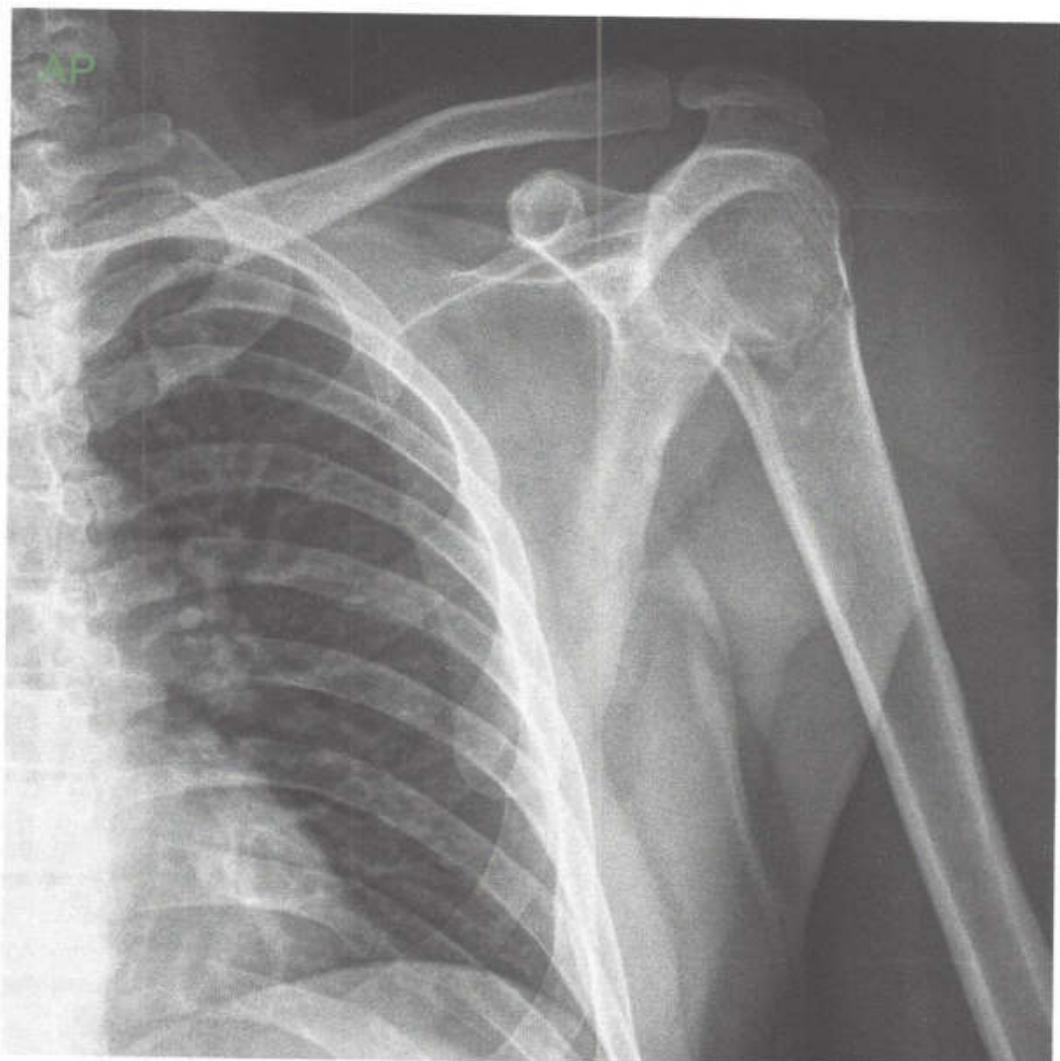
Hospital Regional de Cajazeiras

- KV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1 g:1.5 b:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5 ba...

Zoom 100%

30 OUT. 2018



500 mm

10:07 AM
7/25/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>
Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 20

Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20160725-975

M 6/12/1974

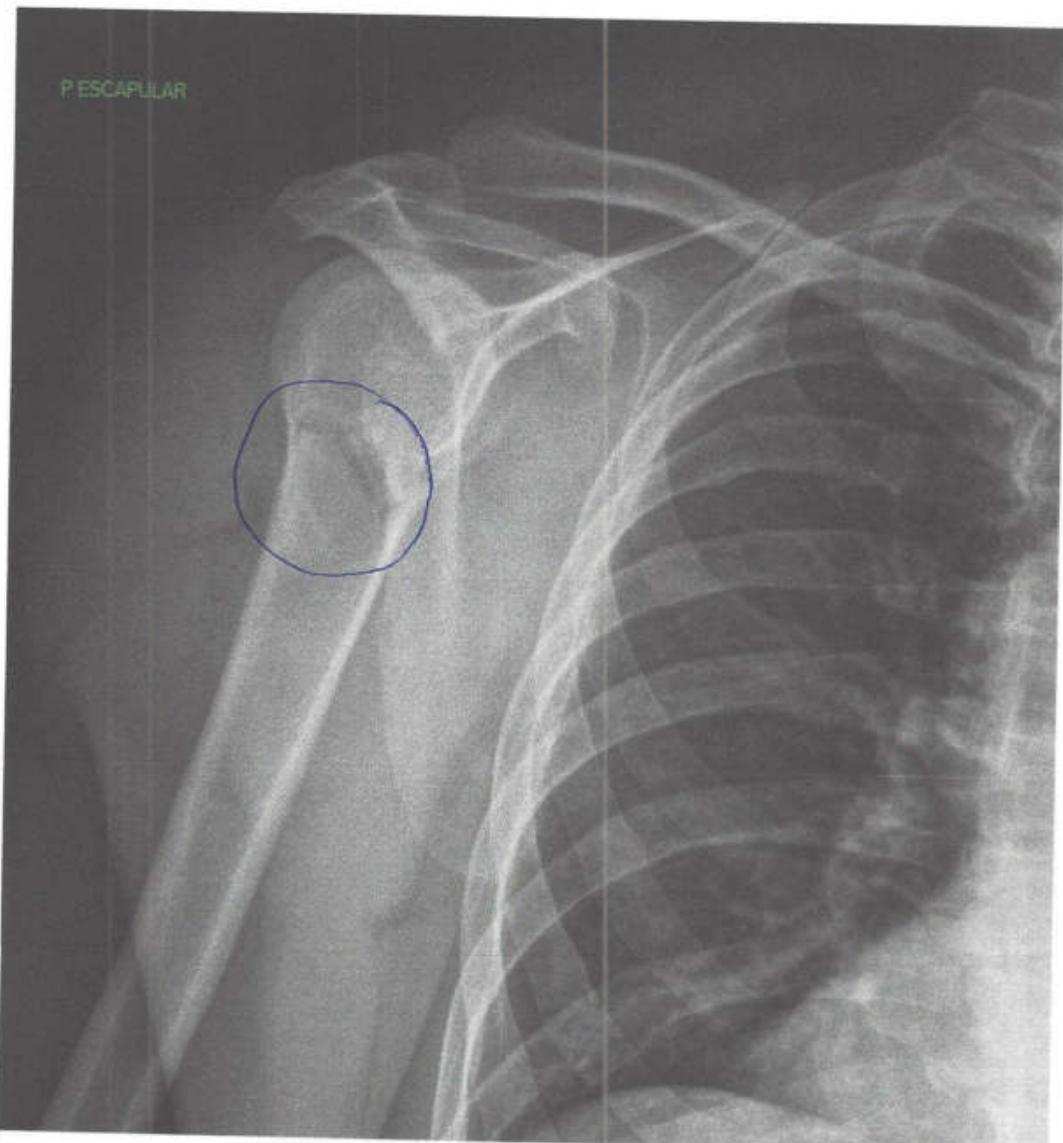
1

Hospital Regional de Cajazeiras

- KV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1.19 g:1.36 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5...

Zoom 100%



30 OUT. 2018

SID mm

12:27 PM
7/25/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>
Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 21



30 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>
Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 22



30 OUT. 2018



30 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>
Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 23

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETAN - PB		Nº 011119872132	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	PRT 20140600029313-2		EXERCICIO
1	0103262004-5	00/00000000	2014
PAULA FRANCINETE DOS SANTOS			
0	03191286446	QFQ1280/PB	
0	NOVO	PB	9C6KE1930F0012755
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		OCORRISTVEL GASOLINA	
YAMAHA/YBR125 FACTOR E		2014	2015
2 P/124 /CI		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
IPVA PAGO EM 23/12/2014		PARTIC	PRETA
IPVA PAGO EM 23/12/2014		VENUE COTAS	
***** 0		2 ^o 3 ^o	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00		VALOR TOTAL PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
***** 0		PAGO	23/12/2014
A.F YAMAHA ADM.DE CONSÓRCIO LTDA			
0			
CAJAZEIRAS-PB		DATA	
15628		29/12/2014	
 SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULOS SIN			

PBNº 011119872132		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2014			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO QDO1280/PB AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
		2014	29/12/2014
1	03191286446	CNPJ QDO1280/PB	
01032620045	YAMAHA/YBR125 FACTOR E		
2014	9	9C6KE1930F0012755	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PREÇO (R\$)	DENOMINAÇÃO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		VALOR DO PRÉMIO CUSTEADO (R\$)	
*****	SEGURO	PAGO	
S.OTA UNICA	PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE CUSTEADO
			23/12/2014
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.346.888.0001-04 www.seguradoraslider.com.br			
15628-1715255-20141229			

30 OUT. 2018



PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180510445

Data do acidente: 25/07/2018

Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Cajazeiras

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data: 05/11/2018 10:35:30

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM MULT NE TRAUM MULT NE -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			220,49	220,49
Total da Análise Atual			220,49	220,49

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: O ITEM 06 DA NOTAS FISCAL ESTÁ ILEGÍVEL, ONDE NÃO PODE SER AVALIADO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	220,49	220,49	220,49
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	220,49	220,49	220,49

TOTAL PLEITEADO: 220,49 **TOTAL AVALIADO:** 220,49 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 220,49

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>
Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 25

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João Paulo dos Santos Filho
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado
Identidade: 3767404
CPF: 981.343.534-87
Profissão: operador têxtil
Endereço: Rua Tenente Barbosa, 50, Nultimo, Capoeiras-PB

OUTORGADO:

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 2008772140-0
CPF: 074.430.873-90
Profissão: AUTONOMA
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA, CENTRO,
CAJAZEIRAS- PB.



Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, dando-lhe poderes específicos para retiradas de cópias de prontuários e toda e qualquer documentação hospitalar, Samu ou Corpo de Bombeiros ou qualquer outro órgão socorrista. Incluído receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório – DPVAT para a vítima:

João Paulo dos Santos Filho.
Cajazeiras, 09 de outubro de 2018.

João Paulo dos Santos Filho.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396483/18

Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

CPF: 981.343.534-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/07/2018

Titular do CPF: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA : 074.430.873-90

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO : 981.343.534-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/10/2018
Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
CPF: 074.430.873-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 11:20:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211200547700000033075498>
Número do documento: 20092211200547700000033075498

Num. 34593376 - Pág. 27